

UWAGA:

- Organizator oświadcza, iż wskazany opiekun niepełnosprawnego odbywającego staż sprawuje opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż.
- Organizator oświadcza, iż realizacja w/w programu stażu umożliwi osobie niepełnosprawnej samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie, po zakończeniu stażu.
- W przypadku kilku różnych stanowisk dla każdego ze stażystów, należy sporządzić odrębny program stażu.
- Wszystkie czynności związane z ryzykiem finansowym są wykonywane pod kontrolą opiekuna. Osoba odbywająca staż nie może ponosić odpowiedzialności materialnej za wykonywane czynności w tym zakresie.
- Osobie niepełnosprawnej odbywającej staż przysługuje prawo do okresów odpoczynku na zasadach przewidzianych dla pracowników.
- Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w drodze aneksu do umowy.

.....
(podpis i pieczęć Organizatora)

.....
(akceptacja Dyrektora PUP)

Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy

Okres odbywania stażu od dnia do dnia

zgodnie z umową nr z dnia

.....
(data i podpis pracownika CAZ-2)